

A 19-29/4/60

## หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	.....	อายุ	..... ปี
H.N.	.....	Ward/เตียง	1 3 0
	วันที่	/	/

.....
-------

โรคหรืออาการที่ต้องการตรวจรักษา.....

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

☒ ยา กิน☐ .....

.....
-------

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง นายแพทย์ วิชาญ ศรีสุทนต์ จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ ..... ผู้ป่วยให้คำยินยอม      ลงชื่อ ศิริพร วิชาญ ศิริพร ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม

เกี่ยวข้องกับ

ลงชื่อ

.....
-------

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/ผลการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของเหตุการณ์ในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่ .....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 2 วันที่ .....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 3 วันที่ .....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ครั้งที่ 4 วันที่ .....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ลายเซ็น

.....
.....
.....
.....

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย

H.N.

ห้อง 150/2 เวลาประมาณ 10.30 น.  
สุขภาพส่วนหน้า Refer

ลายเซ็นแพทย์

รหัสแพทย์

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา

C. Cerebrius homoploma

☒ ไข้, อ่อนเพลีย☐ ผื่นคัน☐ วิงเวียนเพิ่มเติมโดย☐ อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์หญิง

กมลวรรณ

วิเศษศิริ

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในการปฏิบัติภารกิจเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ป่วยให้คำยินยอม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้แทนผู้ป่วยให้คำยินยอม

เกี่ยวข้องกับ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ของผู้ป่วย

พยาน

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่ \_\_\_\_\_

ลายเซ็น \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 2 วันที่ \_\_\_\_\_

ลายเซ็น \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 3 วันที่ \_\_\_\_\_

ลายเซ็น \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 4 วันที่ \_\_\_\_\_

ลายเซ็น \_\_\_\_\_

ลายเซ็น

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ [REDACTED] อายุ [REDACTED] ปี  
 Hx [REDACTED] Word. 110  
 วันที่ [REDACTED] ปี [REDACTED] เดือน [REDACTED]

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้

รหัสแพทย์ [REDACTED]

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา

ไข้/ไอ/สุม/อว

☐ ไข้☒ ไอ☐ วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย☐ อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์ผู้ให้

ประวัติ

11/8/64

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามตั้งตัวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ

ลายมือชื่อเป็น

ลงชื่อ

ผู้ป่วยให้ทำยินยอม

ของผู้ป่วย

พยาน

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ ข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ ลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่ ๓๐.๐๓.๖๔ ปี ๒๕๖๔ ลงนาม/ลงชื่อ

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 2 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 3 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 4 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ลายเซ็น

ผู้ให้



## หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-สกุลผู้..... ปี  
H.N..... Ward/OPD.....

ลายเซ็นแพทย์ผู้ให้คำอธิบาย  
รหัสแพทย์ 1117p

แผนการรักษา (แพทย์ลงรายละเอียดเท่าที่จำเป็น)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา.....

☐ ยา.....

☐ ผ่าตัด.....

☒ วินิจฉัยเพิ่มเติมได้.....

Carverman

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/แพทย์.....  
จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับ.....  
(นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการ  
เปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล  
โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ  
คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว.....

ลงชื่อ.....

เกี่ยวข้อเป็น.....

ลงชื่อ.....

ยินยอม

ป่วย

ยาน

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ  
ข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ  
ลงนามพร้อมวันที่และควรวินิจฉัยว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ครั้งที่ 1 วันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

ครั้งที่ 3 วันที่.....

ครั้งที่ 4 วันที่.....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ตามรายละเอียดแบบ.....

ตามรายละเอียดแบบ.....

# หนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

ชื่อ-นามสกุล: Ward.ศก 1 2 ปี อายุ: ปี  
วัน: / /  
H.N.: ward/OPD

ลายเซ็นแพทย์

รหัสแพทย์

แผนก/โรงพยาบาล (โปรดลงรายละเอียดแยกหากมี)

โรคหรืออาการที่ต้องทำการตรวจรักษา

☐ ยา☐ ผ่าตัด☒ วินิจฉัยเพิ่มเติมโดย M.F.J

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากนายแพทย์/นาง

จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการตรวจ วินิจฉัยรักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ (นามดังกล่าวข้างต้น) และผู้ที่ได้รับมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือญาติหรือผู้ปกครองได้รับทราบ คำอธิบายและยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ: ผู้ป่วยให้คำยินยอม

ลงชื่อ:

ผู้ป่วยให้คำยินยอม

เกี่ยวข้องกับ

ลงชื่อ:

การให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือรักษาจากที่แจ้งไว้แล้วและ/หรือได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับทราบ ข้อมูลการรักษา/หัตถการตามรายละเอียดแบบ... "ระบุรหัสเลขที่เอกสารของหัตถการในช่องว่างด้านล่าง" แพทย์ผู้ให้คำแนะนำ ลงนามพร้อมวันที่และควรพิจารณาว่าผู้ป่วยและ/หรือพยานจำเป็นต้องลงนามรับรองหรือไม่)

ลายเซ็น

ครั้งที่ 1 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 2 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 3 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ

ครั้งที่ 4 วันที่

ตามรายละเอียดแบบ